

5%), e 76% daqueles com dislipidemia estavam tratados com fármacos (83% estatinas isoladas). Ao terceiro ano, observou-se aumento da medicação anti-hipertensora para 96% (IECA 19%, IECA e diuretico 9%, ARA e diuretico 7%, ARA, diuretico e bloqueador do cálcio 7%) e terapêutica anti-dislipidemia para 85% (76% estatinas isoladas) (NS).

Conclusão: Apesar do aumento do número de hipertensos, não se verificou aumento da pressão arterial. Verificou-se ainda melhoria do CT e nHDL no final do seguimento.

CO017. RASTREIO DE NEFROPATIA E RETINOPATIA EM 88 DIABÉTICOS TIPO 2, DURANTE 3 ANOS: ESTUDO RETROSPECTIVO DO MUNDO REAL

T. Nunes da Silva, H. Vara Luiz, B. Dias Pereira, A. Veloza, A.C. Matos, I. Manita, M.C. Cordeiro, L. Raimundo, J. Portugal

Serviço de Endocrinologia e Diabetes. Hospital Garcia de Orta (HGO). E.P.E. Almada.

Introdução: A Nefropatia Diabética (ND) e Retinopatia Diabética (RD) pautam-se por uma indolente fase subclínica, na qual uma intervenção adequada, atrasa a sua progressão.

Objetivo: Avaliar a prevalência e a progressão da ND e RD em doentes Diabéticos tipo 2 (DM2), seguidos numa consulta de Diabetologia.

Métodos: A ND e a RD foram avaliadas retrospectivamente, em 88 DM2, ao longo dos 3 primeiros anos de consulta hospitalar de Diabetologia, com tempo de doença conhecido > 1 ano. A ND foi avaliada através da estimativa da taxa de filtração glomerular (TFG) pela fórmula MDR e da presença de albuminúria na urina de 24 horas. A RD foi avaliada através do levantamento dos dados da consulta de oftalmologia. Utilizaram-se os testes t de Student e ANOVA para comparação de médias de variáveis contínuas.

Resultados: A TFG média inicial era de 93 ml/min. A percentagem dos doentes com micro albuminúria e com macroalbuminúria era de 19% e 10%, respectivamente; encontravam-se medicados com antagonistas dos receptores (ARA) ou da enzima de conversão da angiotensina (IECA) 65% dos doentes. No final dos 3 anos de avaliação, a TFG média era de 101 ml/min (NS), com 22% dos doentes com micro albuminúria e 16% com macroalbuminúria; houve um aumento do número de doentes medicados com IECA e ARA para 76% (NS). À entrada na consulta tinham sido avaliados por oftalmologia metade dos doentes; destes, 27% tinham RD não proliferativa e 30% RD proliferativa. No final dos 3 anos 47% dos doentes tinham sido avaliados por oftalmologia, encontrando-se 27% com RD não proliferativa e 37% com RD proliferativa.

Conclusão: Ao longo dos 3 anos de seguimento foi preservada a TFG média dos doentes com DM2, sem aumentos significativos da albuminúria. Notou-se ainda tendência para maior prescrição de IECA/ARA. Destaca-se ainda as dificuldades reais no rastreio oftalmológico.

CO018. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES, GESTACIONAIS E DO RECÉM-NASCIDO ASSOCIADOS À SÍNDROME METABÓLICA E RISCO CARDIOVASCULAR

S. Belo^{1,5}, C. Nogueira^{1,5}, S. Corujeira², R. Martins³, G. Silva⁴, C. Costa^{2,5}, C. Castro-Correia^{2,5}, M. Fontoura^{2,5}

¹Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo; ²Serviço de Pediatria. Unidade de Endocrinologia. Centro Hospitalar de S. João.

³Serviço de Endocrinologia. Instituto Português de Oncologia do Porto. ⁴Serviço de Medicina Interna. Hospital do Divino Espírito Santo. ⁵Faculdade de Medicina. Universidade do Porto.

Introdução: A história familiar é um importante preditor de risco cardiovascular (CV) em doentes com diabetes tipo 1 (DM1). O mesmo tem vindo a ser descrito relativamente a fatores

gestacionais e características do recém-nascido nomeadamente no que diz respeito à diabetes gestacional e peso ao nascimento.

Objetivo: Avaliar o papel das características familiares, gestacionais e do recém-nascido no risco CV de crianças e adolescentes com DM1.

Métodos: Este estudo envolveu crianças e adolescentes com DM1 ≤ 18 anos, com duração da doença ≥ 1 ano, seguidos em consulta de Endocrinologia. Foram recolhidos dados relativos a parâmetros demográficos, antropométricos e analíticos. O síndrome metabólico foi definido de acordo com os critérios da IDF.

Resultados: Foram incluídos 71 doentes (sexo feminino n = 30) com idade média de 13,17 ± 3,33 anos, peso ao nascer 3221 ± 529g (7% grandes para a idade gestacional (GIG)), em 5,6% dos doentes presença de história de diabetes gestacional. Vinte e cinco por cento dos doentes apresentaram história familiar de dislipidemia, 11,3% de DM1, 5,6% de DM2 e 22,5% de hipertensão. Apenas 2,8% dos doentes apresentaram critérios de síndrome metabólica. Quando avaliados os fatores de risco CV independentemente verificou-se maior frequência de microalbuminúria (n = 2) em GIG (todos os doentes com microalbuminúria) (0% vs 0% vs 2,8%; p < 0,001), em doentes com história familiar de hipertensão (0% vs 2,8%; p = 0,047) e DM2 (0% vs 2,8%; p < 0,001). Doentes com hipertensão (n = 7) apresentaram maior prevalência de história familiar de hipertensão (2,8% vs 4,2%; p = 0,009), doentes com níveis elevados de colesterol total (n = 13) apresentaram maior prevalência de história familiar de dislipidemia (2,8% vs 7,0%; p = 0,017).

Conclusão: A história familiar, gestacional e o peso ao nascimento parecem estar sobretudo associados ao risco de microalbuminúria, hipertensão e dislipidemia em doentes com DM1.

CO019. A CETOACIDOSE DIABÉTICA NOS CUIDADOS INTERMÉDIOS

M. Almeida Ferreira, A. Giestas, J. Vilaverde, F. Nery

Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Unidade de Cuidados Intermédios Médico-Cirúrgicos. Hospital de Santo António. Centro Hospitalar do Porto.

Introdução: A cetoacidose diabética (CAD) é uma complicação aguda grave e potencialmente fatal da Diabetes Mellitus (DM).

Métodos: Estudo retrospectivo para avaliar as características demográficas, clínicas e analíticas dos doentes internados por CAD na Unidade de Cuidados Intermédios da Urgência e Unidade Intermédia Médica, entre 1/05/2010 e 8/07/2012. Classificaram-se os doentes consoante a gravidade da CAD (critérios da Associação Americana de Diabetes). Tratamento estatístico em SPSS 20.0.

Resultados: Existiram 42 internamentos, referentes a 39 doentes (51,3% homens), com 46,3 ± 20,1 anos de idade (18-94) e 10,7 ± 11,0 anos de diagnóstico (0-54; mediana = 9). Foi na Primavera que se registou o maior número de internamentos (n = 15; 35,7%). Os doentes tinham maioritariamente DM tipo 1 (66,7%) e 7 apresentavam DM inaugural. As causas foram sobretudo omissões de tomas de insulina (por incumprimento, alterações da ingesta ou problemas técnicos) e infeções (54,8% e 28,6%, respectivamente). Oito doentes tinham CAD ligeira, 9 moderada e 25 grave. A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 7,7% (n = 3): uma mulher com cetoacidose grave e 2 homens idosos com outras doenças agudas graves de mau prognóstico (sem CAD grave). Os níveis de HbA1c eram de 11,6 ± 2,3% (6,4-16,8). À admissão, apresentavam 660,3 ± 252,5 mg/dL de glicemia (340-1.580; mediana 569,5 mg/dL), 1,3 ± 1,0 mg/dL de creatinina (0,6-6,6; mediana 1,0 mg/dL), 4,8 ± 1,3 mEq/L de potássio (3,1-9,2; mediana 4,6 mEq/L) e 143,1 ± 4,4 mEq/L de sódio corrigido para a glicemia (135,0-159,0; mediana 142,0 mEq/L). Nenhum doente necessitou de internamento em cuidados intensivos. Os doentes estiveram internados em cuidados intermédios 2,3 ± 1,9 dias (1-12) e o tempo total de internamento foi de 7,0 ± 7,5 dias (1-32).